

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

N^o

POUR LE

142

DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS
(Diplôme d'état)

PAR

François BAUMANN

né le 19 jui 1945 à PARIS

Ancien Externe des hopitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS DE : L'ETUDE STATISTIQUE DE L'ACTIVITE
DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL COMMUNAL DE
NEUILLY SUR SEINE, DURANT L'ANNEE 1970.

Président : Monsieur

MORIN

Professeur

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE NÉCKER-ENFANTS MALADES

Année 1971

THÈSE

Nº

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

François BAUMANN

né le 19 jui 1945 à PARIS

Ancien Externe des hopitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS DE : L'ETUDE STATISTIQUE DE L'ACTIVITE
DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL COMMUNAL DE
NEUILLY SUR SEINE, DURANT L'ANNEE 1970.

Président : Monsieur

MORIN

Professeur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTE DE MEDECINE

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme de Docteur)

PAR

François BARRAUD

né le 12 mai 1940 à PARIS

Ancien élève des hôpitaux de Paris

Présenté et soutenu publiquement le



A PRÉSENTÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PAR LE LAUREAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
M. F. BARRAUD, DOCTEUR EN MÉDECINE

Président du Jury : M. le Professeur

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur MORIN,

Gynécologue Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
Présidence de cette Thèse.

En témoignage de notre très respectueuse reconnaissance.

A notre Maître,

Monsieur le Docteur TORRE M.

Gynécologue Accoucheur,

Chef de Service à la maternité de l'Hôpital Communal
de Neuilly-sur-Seine,

qui a inspiré ce travail et dont le précieux concours et la
constante disponibilité à notre égard nous en ont facilité la
rédaction.

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur BOUCCARA Lucien,

dont les conseils nous ont été d'une grande aide.

A mes Maîtres d'externat :

Monsieur le Professeur TARDIEU

Monsieur le Professeur Agrégé BACH

Monsieur le Professeur Agrégé GRIVAUX

Monsieur le Professeur Agrégé MUSSET

Monsieur le Docteur AUROUSSEAU

Monsieur le Docteur ANTONELLI

Monsieur le Docteur MICHON

et leurs Assistants,

qui, par leur enseignement de tous les jours, m'ont aidé
dans la poursuite de mes études.

A mon Grand-Père, le Docteur Lucien MARX,

Médecin Honoraire de l'Hôpital Rothschild

A mon Oncle, le Docteur Jean-Claude MARX,

Gynécologue Assoucheur,

dont les exemples contribuèrent pour beaucoup dans le
choix de mes études.

A mes parents, dont l'aide nous a permis de mener
à bien ces études.

En témoignage de ma très grande gratitude.

A ma femme, qui par son soutien et son réconfort,
m'a aidé dans l'élaboration de ce travail.

En témoignage de ma très grande affection.

A ma fille : Anne Sophie.

A ma famille et à ma belle-famille.

A mes amis.

Avec toute mon affection.

A Mademoiselle la Surveillante Générale
du Service de Maternité de l'Hôpital Communal
de Neuilly.

Aux Sages-femmes et aux infirmières du Service.

Introduction

Le sujet de cette thèse sera l'étude statistique de l'activité de la maternité de l'Hôpital de Neuilly durant l'année 1970. Nous avons volontairement repris le plan clair et logique de la thèse du Docteur LEGENDRE, qui porte sur les statistiques du Service de Maternité de l'Hôpital de Neuilly durant les années 1956 à 1960, afin de rendre plus précise la comparaison des chiffres et pourcentages, permettant ainsi de noter l'évolution des actes ayant eu lieu dans le service.

A cette précision vient s'ajouter l'apport de l'Informatique qui, par l'intermédiaire de l'Institut de Recherche d'Informatique et d'Automatique, ainsi que grâce à la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, nous a permis de confirmer l'exactitude de nos résultats.

Cette thèse se reconnaît également pour but de servir de point de comparaison aux travaux ultérieurs qui pourront être exécutés dans ce même service, ainsi que d'essayer, à la lumière des résultats trouvés, de replacer dans son rôle et son importance la maternité d'un hôpital de deuxième catégorie premier groupe de la région parisienne.

P L A N

Introduction

Chapitre I

- A. Organisation générale du service.
- B. Les consultations.
- C. Nombre d'hospitalisations durant l'année 1970 et leurs causes.

Chapitre II

- A. Les avortements.
- B. Les présentations
 - I. présentations du sommet
 - II. présentations du front
 - III. présentations du siège
- C. Grossesses gémeillaires.
- D. Complications de la grossesse.
 - I. états pathologiques généraux
 - II. états pathologiques gravidiques
 - III. anomalies de l'appareil génital
 - IV. anomalies de l'oeuf
- E. Complications de l'accouchement
 - I. viciations pelviennes
 - II. dilatations et contractions anormales
 - III. circulaires du cordon
- F. Complications de la délivrance
 - I. hémorragies
 - II. rétentions placentaires
 - III. chocs
- G. Opérations obstétricales
 - I. en cours de grossesse
 - II. lors de l'accouchement
 - III. lors de la délivrance
- H. Complications des suites de couche.
- I. Mortalité maternelle.

J. Le nouveau-né.

I. pathologie du nouveau-né

II. mortinatalité

Chapitre III

Résumé des résultats de statistique, fournis par l'I.R.I.A.

1°) Accouchement

2°) Nouveau-né

Chapitre IV

Recrutement des parturientes et ses origines.

Conclusion

CHAPITRE I

A. Organisation générale du service.

Il existe un grand nombre de consultations spécialisées et nous étudierons successivement :

1. Consultations des femmes enceintes et centre de Protection maternelle et infantile.

- Ces derniers se divisent en :

- consultations plus particulièrement obstétricales, ayant lieu les lundi et jeudi matin à partir de 8 h 30,
 - consultations de gynécologie et d'obstétrique : les mardi, mercredi, vendredi et samedi matin, à partir de 8 h 30.
- Aux femmes enceintes présentant une grossesse normale, il est recommandé de se présenter à ces consultations au minimum une fois par mois, tandis que les grossesses pathologiques seront invitées à s'y présenter de façon plus fréquente, tous les huit ou quinze jours.

2. Une consultation de stérilité a lieu le vendredi matin à partir de 8 h 30.

3. Consultation de nourrissons :

a lieu le lundi après-midi à partir de 13 h 30. Elle est réservée aux enfants âgés de moins de 2 ans, alors que les enfants âgés de deux à six ans peuvent être amenés en consultation le jeudi après-midi, à partir de 13 h 30.

4. Notons enfin l'existence d'une consultation de planning familial, le mardi après-midi.

Ainsi, toutes les matinées de la semaine, la femme enceinte peut être accueillie dans l'une ou l'autre des consultations du service, et les nourrissons, nés dans le service ou non, peuvent être suivis jusqu'à leur sixième année.

Les locaux du service de maternité comprennent :

- pour le service d'accouchement proprement dit :

treize chambres de un à quatre lits, soit trente-trois lits au total. Deux chambres sont en principe réservées aux femmes porteuses d'une affection gynécologique.

- une salle de travail comptant deux lits, ainsi que trois lits d'expectantes, respectivement situés dans une chambre à un lit et une chambre à deux lits.

- pour la consultation, quatre boxes servant de déshabilleur ainsi qu'un box réservé aux porteuses de maladies infectieuses :

- . une salle d'examen,
- . un bureau où se font les interrogatoires,
- . une grande salle d'attente où ont lieu également les cours d'accouchement psychoprophylactique.

L'ensemble du Service est sous la direction de Monsieur le Docteur TORRE, Gynécologue accoucheur, Chef de Service, qui a sous ses ordres :

- . un assistant,
- . 2 internes des hôpitaux de Paris,
- . 2 externes des hôpitaux de Paris,
- . 6 étudiants hospitaliers,
- . un stagiaire interne.

Un Pédiatre est également attaché au Service et effectue sa visite chaque matin.

B. Les consultations.

1. Consultations des femmes enceintes et centre de protection maternelle et infantile.

- 2.030 consultations ont été assurées durant l'année 1970, soit une moyenne de 6 consultations par jour, dont :
 - 993 Maternités-payants
 - 1.037 Consultations de PMI maternité.

Chiffres approximativement constants par rapport aux moyennes des années 1956 à 1960.

- Toutes les femmes examinées au 3e mois de grossesse ont dû subir deux examens de sang : groupe Rhésus et test de Bordet-Wasserman, ainsi qu'une radioscopie pulmonaire.

2. Consultation des nourrissons

Durant l'année 1970, 1.370 nourrissons ont été examinés et 320 enfants plus âgés (2 à 6 ans).

3. Les consultations de gynécologie et de stérilité vont souvent de pair (cf. Chap.I), 644 femmes ont consulté en gynécologie en 1970.

Au total : Le nombre de consultations dans le Service de maternité de l'Hôpital communal de Neuilly a été, durant l'année 1970, de 4.364, ce qui, pour un service comprenant 33 lits, paraît tout à fait honorable. Ce total est d'autre part très constant par rapport aux moyennes des années 1956 à 1960.

C. Nombre d'hospitalisations durant l'année 1970 et leurs causes.

- 920 femmes ont été hospitalisées et 9.153 journées d'hospitalisation ont eu lieu, soit 1.364 journées de plus qu'en 1969 et 147 femmes hospitalisées en plus.
- Sur ces 920 entrantes, 576 étaient des femmes enceintes, les 344 autres venant pour des problèmes gynécologiques ou pour des avortements.
- Sur ces 576 femmes en état de grossesse, on déplore six avortements spontanés, ce qui porte à 570 le nombre d'accouchements menés à bien.
- Sur ces 570 accouchements on note 62 naissances prématurées - nous considérons comme prématuré tout enfant dont le poids de naissance est égal ou inférieur à 2.500 g.

On a noté d'autre part 98,1 % de grossesses uniques, chiffre remarquablement constant puisque la moyenne des grossesses uniques entre 1956 et 1960 est de 98,9 %. On compte également 6 grossesses gémellaires, soit 1,04 %, contre 1,1 % en moyenne durant les années 1956 à 1960.

570 enfants étaient vivants à la naissance et on doit déplorer l'extraction de 4 mort-nés, alors que trois nourrissons devaient décéder dans les quelques heures suivant leur naissance.

Ce qui porte à 0,7 % le taux de mortinatalité et à 0,5 % le taux de mortalité néonatale, la mortalité périnatale étant alors de 1,2 %, elle était de 1,9 % (en moyenne) entre les années 1956 et 1960.

Les présentations observées, y compris les jumeaux, sont les suivantes :

- 521 présentations du sommet, soit 94,6 %, alors que le chiffre moyen des années 1956 à 1960 était de 94,9 %,
- 1 observation de présentation du front, soit 0,17 %,

- pas de présentation de la face,
- 17 présentations par le siège, soit 2,9 %, alors qu'entre 1956 et 1960 on en dénombrerait 4,43 %, césariennes non incluses.
- Notons enfin 1,8 % de présentations diverses.

De l'ensemble de ces chiffres, et comparativement à l'étude statistique identique effectuée dans le service par le Docteur LEGENDRE et portant sur les années 1956 à 1960, nous pouvons déjà tirer deux conclusions principales :

- La première concerne la remarquable constance des chiffres cités quant aux modes de présentation, ainsi que la grande identité statistique (compte tenu de la faible population étudiée ici) avec les statistiques citées par le Professeur MERGER, à l'Hôpital Foch :

siège : 3,7 % - front : 0,21 % - face : 0,15 % - sommet : 15,7 % (voir tableau page 9).

- La deuxième met en évidence la baisse du taux de la mortalité, baisse sans doute imputable au décelage plus précis de certaines maladies néonatales ainsi qu'à une surveillance toujours plus accrue.

Années Présentations	1956 - 1960	1970	Statistiques citées par M. le Professeur MERGER (Précis d'Obstétrique)
Sommet	94,9 %	94,6 %	95,7 %
Siège	4,4 %	2,9 %	3,7 %
Face	0,22 %	0 %	0,15 %
Front	0,04 %	0,17 %	0,21 %

N° 1 - Tableau comparatif des types de présentation, en pourcentage

CHAPITRE II

Nous étudierons en premier lieu :

A. Les Avortements

Nous ne compterons ici que ceux, d'ailleurs compris dans le chiffre de 576 annoncé quant au nombre des parturientes, survenus dans le service chez des femmes enceintes régulièrement suivies. Leur nombre est de six (alors qu'il serait de 74, si l'on comptait tous ceux survenus au cours de l'année 1970).

Dossiers n° 60, 65, 93, 175, 379, 539.

- . Dans le cas n° 60 : Il s'agissait d'une jeune femme ayant fait un avortement spontané (foetus de 370 g), porteuse d'un volumineux myome utérin. Révision utérine systématique.
- . N° 93 : Primipare de 19 ans - expulsion d'un foetus de sexe féminin pesant 700 g. Délivrance artificielle; révision utérine.
- . N° 175 : Primipare âgée de 40 ans - Avortement au terme de 5 mois - foetus de sexe féminin - pesant 590 g - Aucune cause évidente n'est retrouvée. Délivrance artificielle. Révision utérine.
- . N° 379 : Deuxième pare de 27 ans - Avortement spontané, foetus de 270 g - aucune cause retrouvée - Révision utérine.
- . N° 539 : Primipare de 17 ans - Asthmatique traitée - Avortement au terme de 5 mois.

Dans l'ensemble, une cause évidente : myome utérin ; dans les autres cas, aucune cause évidente ne fut retrouvée.

B. Présentations

I. Présentations du sommet : 521 observations, en tenant compte des accouchements gémellaires, mais non des présentations céphaliques ayant nécessité une intervention césarienne. Dans l'ensemble de ces présentations, il a été appliqué 37 fois le forceps (voir paragraphe particulier), soit dans 7,1 % des présentations par le sommet, ce qui représente une amélioration notable par rapport au chiffre de 11,7 % en moyenne durant les années 1956-1960. Donc baisse de 4,7 % de ce mode d'extraction.

Dégagement en occipito sacrée : douze observations, soit 2,3 % des présentations du sommet : n° 146, 161, 272, 323, 385, 387, 403, 435, 446, 449, 457, 575.

N° 146 : Accouchement en occipito sacrée chez une primipare âgée de 28 ans. Après perfusion de 5 unités de syntocinon dans 250 cc de glucose isotonique.

N° 161 : Accouchement à terme, en occipito sacrée chez une primipare de 21 ans après épisiotomie. Accouchement normal.

N° 272 : Accouchement à terme, en occipito sacrée chez une femme de 21 ans primipare. Accouchement normal.

N° 323 : Accouchement à terme chez une secondipare de 20 ans en occipito sacrée, suivi de délivrance artificielle et de révision utérine.

N° 385 : Grossesse gémellaire - primipare de 24 ans - Monochoriale - Monoamniotique - Accouchement du 1er jumeau en occipito sacrée - Forceps Tarnier.

N° 387 : Accouchement en occipito sacrée chez une deuxième pare de 23 ans. Accouchement normal.

N° 403 : Accouchement en occipito sacrée chez une IVe pare de 27 ans. Accouchement normal.

N° 435 : Accouchement prématuré (5 mois) en occipito sacrée chez une femme de 22 ans, IIIe pare, enfant de 830 g.

N° 446 : Accouchement à terme en occipito sacrée chez une femme de 25 ans, primipare , précédé d'une épisiotomie.

N° 449 : Accouchement à terme en occipito sacrée chez une femme de 17 ans, primipare . Accouchement normal.

N° 457 : Accouchement à terme, chez une femme de 32 ans, IIe pare. Accouchement en occipoto sacrée. Normal.

N° 575 : Accouchement prématuré, 8 mois 1/2, chez une femme de 22 ans primipare , en occipito sacrée, précédé une perfusion de syntocinon, avec épisiotomie.

Au total : Sur 12 observations d'accouchements par le sommet en occipito sacrée, il s'agissait :

- 7 fois de primipares,
- 5 fois de multipares.

- Aucune mortinatalité n'a été à déplorer.

- Rappelons enfin, pour clore, ce chapitre des présentations par le sommet, la diminution sensible des indications du forceps ainsi que l'absence de complications tant maternelles qu'infantiles.

II. Présentations du front

1 cas est à signaler : n° 311.

Il s'agissait d'un accouchement au terme de 7 mois 1/2 chez une IVe pare âgée de 38 ans, avec présentation du front. Expulsion du nouveau-né en nasopubienne, avec épisiotomie. Bon pronostic maternel et infantile.

III. Présentations par le siège

17 observations sont à citer, soit, nous l'avons vu, 2,9 % des présentations durant l'année 1970.

1. Présentations à type de siège décomplété

10 observations : n° 15, 55, 76, 126, 332, 361, 479, 510, 552, 573.

N° 15 : Présentation à type de siège décomplété chez une IIIe pare âgée de 27 ans, ayant présenté une pyélonéphrite durant sa grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois, enfant pesant 2.330 g. Déroulement normal de l'accouchement.

Chez la mère : toxidermie dans le post partum.

N° 55 : Siège décomplété, suivi de manoeuvre de Bracht sur tête dernière. Accouchement normal.

N° 76 : Accouchement à type de siège décomplété chez une VIIe pare, suivi de forceps sur tête dernière.

N° 126 : Accouchement à type de siège décomplété chez une primipare de 33 ans. Épisiotomie préventive.

N° 332 : Accouchement à type de siège décomplété chez une primipare de 18 ans, au terme de 8 mois. Dégagement en sacrotransverse. Episiotomie. Nourrisson porteur d'un pied bot.

N° 361 : Accouchement à type de siège décomplété, chez une primipare de 40 ans, prématurité : 6 mois 3/4. Aspect mongoloïde du nouveau-né. Délivrance artificielle. Décès de l'enfant.

N° 479 : Accouchement à type de siège décomplété chez une primipare à terme. Episiotomie. Accouchement normal.

N° 510 : Siège décomplété chez une primipare de 20 ans. Accouchement "mode des fesses", à terme, d'un nourrisson de 3.100 g, suivi de délivrance artificielle et précédé d'une épisiotomie.

N° 552 : Siège décomplété chez une primipare de 23 ans. Manoeuvre de Mauriceau et Bracht sur tête dernière. Episiotomie. Accouchement normal à terme.

N° 577 : Accouchement type siège décomplété, chez une IIIe pare de 26 ans. Accouchement normal à terme.

Au total :

- Dans 50 % des cas, il a été procédé à une perfusion d'hormone post hypophysaire (syntocinon) durant la phase de dilatation (76, 126, 332, 479, 552).

- Dans 4 cas, les parturientes étaient des multipares, dans 6 cas il s'agissait de primipares.

- 5 fois l'épisiotomie a été nécessaire ; dans un cas, le forceps sur tête dernière a été pratiqué.

- Dans 3 cas, il s'agissait de grossesses prématurées.

- Enfin on doit déplorer 2 cas de malformations foetales, dont un enfant mongolien décédé dans les heures suivant l'accouchement.

2. Présentations à type de siège complet

7 observations : 144, 313, 333, 375, 438, 484, 547.

N° 144 : Accouchement à type de siège complet chez une primipare âgée de 20 ans - épisiotomie. On aide au dégagement de la tête dernière en fléchissant grâce à deux doigts placés dans la bouche (Bracht Mauriceau) - naissance d'un prématuré pesant 1.600 g. Révision utérine systématique.

N° 313 : Grossesse gémellaire, chez une primipare de 28 ans. Accouchement par le siège du 2e jumeau (2.610 g). Grande extraction nécessaire.

N° 333 : Grossesse gémellaire, bichoriale biamniotique, chez une IVe pare de 36 ans, accouchement à type de siège complet du 2e jumeau (2.650 g). Manoeuvre de Bracht Mauriceau. Accouchement normal.

N° 375 : Accouchement à type de siège complet chez une primipare de 19 ans 1/2, précédé d'une épisiotomie. Nourrisson pesant 2.850 g.

N° 438 : Siège complet chez une IIe pare de 24 ans, prématurité de 7 mois. Délivrance artificielle.

N° 484 : Siège complet chez une IIIe pare de 22 ans. Prématurité de 6 mois. Délivrance artificielle.

N° 547 : Accouchement à type de siège complet chez une IIe pare de 25 ans - à terme - Manoeuvre de Bracht Mauriceau.

Au total :

- Dans 4 cas, il s'agissait de multipares et dans 3 cas de primipares.
- Trois fois sur sept la grossesse était prématurée.
- 2 fois il s'agissait de grossesses gémellaires.
- On ne note ici ni malformation foetale, ni tumeur proevia.

Notons enfin qu'une césarienne (n° 574) a été pratiquée sur siège complet très haut situé, chez une IVe pare de 36 ans.

Comme nous l'avons dit, notamment au chapitre des présentations à type de siège décomplété, d'importants progrès sont dus à la perfusion hormonale post hypophysaire synthétique, à type de Syntocinon (oxytocine), qui est employée dans le service depuis 1959. Elle est actuellement utilisée lors de la période de dilatation. Enfin, il est à remarquer qu'aucune mortinatalité n'est à déplorer durant le travail.

C. Grossesses gémellaires

On dénombre 6 observations de grossesses gémellaires durant l'année 1970, soit 1,04 % des naissances.

Sur ces 6 observations, il s'agissait :

- 3 fois de grossesses bichoriales-biamniotiques (n° 224-225), (312-313), (333-334).
- dans 2 cas, de grossesses monochoriales-monoamniotiques (n° 38-39), 385-386).
- dans 1 cas enfin : grossesse monochoriale-biamniotique (407-408).

1. Grossesses gémellaires bichorisles-biamniotiques

N° 224-225 : Extraction du premier jumeau, pesant 3.020 g, en occipito-pubienne.

Extraction du deuxième jumeau, pesant 2.820 g, en occipito-sacrée.

N° 312-313 : Primipare de 28 ans. Délivrance artificielle.

Extraction du premier jumeau en occipito-pubienne (poids : 2.630 g).

Extraction par siège complet du deuxième jumeau (poids : 2.610 g).

N° 333-334 : IVe pare âgée de 36 ans.

Extraction du premier jumeau en occipito-pubienne (poids : 3.080 g).

Extraction du 2e jumeau - siège complet - manoeuvre de Mauriceau (2.650 g)

2. Grossesses monochoriales monoamniotiques

N° 38-39 : Primipare de 20 ans - accouchement prématuré de 5 mois.

1er jumeau : fœtus mort macéré de 560 g.

2e jumeau : fœtus mort macéré de 240 g.

N° 385-386 : Primipare de 24 ans - Accouchement prématuré.

1er jumeau - extraction en occipito sacrée (1.830 g).

2e jumeau - extraction en occipito pubien (1.980 g).

Révision utérine systématique.

3. Grossesse monochoriale-biamniotique

N° 407-408 : Ve pare de 34 ans - prématurité 7 mois 1/2.

1er jumeau - extraction en occipito pubien (1.700 g).

2e jumeau - extraction en occipito pubien (1.870 g).

Délivrance artificielle.

Au total :

- Aucun forceps n'a été appliqué au cours de ces accouchements
gémellaires.

- On a dénombré : 2 fœtus mort-nés macérés, 6 nourrissons
de poids inférieur à 2.500 g, tandis que 2 seulement dépassaient 3.000g.

- Aucune complication particulière du post-partum n'a été no-
tée.

- Enfin, on retrouve 50 % de primipares et 50 % de multipares.

D. Complications de la grossesse

I. Etats pathologiques généraux

1. Maladies infectieuses

a) Tuberculose

- On note des antécédents de primo-infection tuberculeuse chez onze femmes : 6, 29, 45, 71, 126, 180, 249, 263, 337, 406, 498.
- On note l'existence d'une infection tuberculeuse pulmonaire traitée dans trois cas : 100, 140, 175.

N° 100 : Antécédents de tuberculose pulmonaire traitée (1956) chez une IIIe pare âgée de 42 ans. Accouchement normal à terme.

N° 140 : Antécédents de tuberculose pulmonaire traitée (1967) chez une secondipare de 31 ans. Accouchement normal par le sommet, nourrisson normal.

N° 175 : Antécédents de tuberculose pulmonaire chez une femme âgée de 40 ans, primipare. Avortement au terme de 5 mois (fille pesant 590 g). Cause inconnue.

b) Syphilis : 4 observations : 227, 387, 452, 485.

Sur ces quatre observations, on note dans trois cas l'existence d'un test de Bordet Wasserman positif.

N° 227 : Primipare de 23 ans. ~~Tra~~itement antisyphilitique. Accouchement normal à terme. Nourrisson normal.

N° 387 : Secondipare de 23 ans. Actuellement sous traitement antisyphilitique. Accouchement normal à terme en occipito sacrée.

N° 452 : Antécédents de syphilis traitée chez une IIe pare de 25 ans. Accouchement normal à terme. Nourrisson normal.

N° 485 : Primipare de 22 ans. Syphilis actuellement en traitement. Accouchement à terme. Forceps Tarnier suivi de délivrance artificielle.

c) Rubéole : 1 observation de rubéole contactée en cours de grossesse.

N° 500 : IVe pare de 27 ans, rubéole lors du premier mois de sa grossesse. Accouchement normal à terme d'un enfant de 3.600 g normal.

d) Ictère par hépatite

1 observation N° 110 : IIIe pare de 41 ans contactant une hépatite virale au cours du 7e mois de sa grossesse. Traitement par Cortancyl-phosphalugel-Nati K. Accouchement normal à terme. Nourrisson normal.

e) Pyélonéphrite durant la grossesse : trois cas.

2. Autres affections

a) Cardiopathies

1) Antécédents de rhumatismes articulaires aigus

10 observations : 14, 71, 189, 257, 272, 277, 294, 357, 471, 516.

Seule l'observation n° 71 est à remarquer, car le rhumatisme articulaire aigu s'y complique d'un rétrécissement mitral. Dans les autres cas, il s'agit d'antécédents n'ayant donné lieu à aucune sorte de complication durant la grossesse, le travail ou le post partum.

2) Rétrécissement aortique : 1 observation n° 309.

Il s'agissait d'une primipare âgée de 20 ans, présentant un rétrécissement aortique. Accouchement normal à terme avec perfusion d'hormone post hypophysaire (Syntocinon) et pose de forceps type Suzor.

b) Hypertension artérielle

Dans une observation (n° 150) l'hypertension artérielle avait précédé la grossesse. Il a été pratiqué une Césarienne systématique pour hypertension, état prédiabétique et obésité.

c) Asthme

Sept observations : 40, 127, 296, 318, 494, 535, 539.

N° 40 : Accouchement par le sommet, prématurité de 8 mois chez une primipare de 17 ans, asthmatique traitée. Episiotomie. Hémorragie accompagnée d'un léger état de choc nécessitant la transfusion d'un flacon de sang iso groupe iso rhésus. Révision utérine. Aucune complication dans le post-partum.

N° 127 : Accouchement normal à terme chez une primipare de 22 ans, au rhésus négatif, et ayant présenté un asthme dans l'enfance.

N° 296 : Accouchement normal à terme chez une asthmatique traitée, IIIe pare, âgée de 28 ans.

N° 318 : Accouchement normal à terme chez une primipare âgée de 17 ans. Antécédents d'asthme dans l'enfance.

N° 494 : Accouchement par Césarienne chez une quatrième pare de 41 ans, asthmatique et diabétique traitée par l'Insuline. Césarienne systématique au terme de 8 mois environ.

N° 535 : IIIe pare de 29 ans. Accouchement normal à terme. Episiotomie chez une femme ayant eu des antécédents asthmatiques.

N° 539 : Avortement au terme de 5 mois, chez une asthmatique de 17 ans, primipare. Délivrance artificielle.

Au total : Sur sept observations de femmes asthmatiques ou présentant des antécédents asthmatiques :

- il a été pratiqué 2 épisiotomies,
- 1 intervention Césarienne, un avortement spontané ; enfin une grossesse prématurée avec état de choc léger est à remarquer.
- Notons enfin qu'il s'agissait 4 fois de primipares et 3 fois de multipares.

d) Pleurésies

3 observations : 135, 208, 217.

N° 135 : Accouchement normal à terme chez une primipare de 29 ans ayant présenté à l'âge de 9 ans une pleurésie.

N° 208 : Accouchement normal à terme chez une deuxième pare de 28 ans, ayant présenté une pleurésie à l'âge de 12 ans.

N° 217 : Accouchement normal à terme chez une primipare de 28 ans, ayant présenté des antécédents de pleurésie à l'âge de 22 ans.

Dans tous les cas : nourrissons normaux.

e) Ostéomyélite aigue : n° 103.

Accouchement normal à terme chez une primipare âgée de 20 ans, ayant présenté une ostéomyélite aigue à l'âge de 9 ans.

f) Myopathie : N° 534.

Césarienne systématique chez une primipare de 29 ans pour myopathie. Ligature de trompe. Accouchement normal, enfant pesant 3.000 g.

g) Luxation de hanche : N° 155.

Antécédents de luxation de hanche bilatérale, opérée dans l'enfance, chez une primipare de 34 ans. Accouchement normal. Nourrisson normal.

h) Diabète : six observations : 27, 36, 86, 150, 174, 494.

N° 27 : Césarienne systématique chez une diabétique traitée, primipare de 24 ans. Suites opératoires satisfaisantes.

N° 36 : Césarienne systématique pour diabète chez une femme de 37 ans, IIIe pare.

N° 86 : Césarienne systématique chez une femme diabétique primipare de 26 ans au terme de 8 mois.

N° 174 : Accouchement normal chez une femme de 22 ans, primipare en état pré diabétique.

N° 494 : Césarienne systématique chez une diabétique traitée par l'Insuline, âgée de 41 ans, IVe pare au terme de 8 mois environ.

Il est à remarquer :

- que sur quatre observations de diabète vrai, il a été pratiqué quatre césariennes, que dans tous les cas les résultats (post-partum, pronostic infantile) ont été satisfaisants, ni décompensation, ni complication.

- Notons enfin que dans 3 cas sur 5 il s'agissait de primipares.

i) Coliques néphrétiques

2 observations : 190, 315.

Dans l'observation n° 190, il s'agissait de crises survenues dans les antécédents.

Dans l'observation n° 315, accouchement normal chez une IIe pare âgée de 30 ans ayant présenté une crise de colique néphrétique au cours du premier mois de sa grossesse.

j) Appendicectomie en cours de grossesse

1 observation : n° 316 : accouchement normal chez une primipare de 22 ans ayant subi, au terme de 5 mois, une appendicectomie (à l'Hôpital Saint-Antoine) suivie d'un état sub-occlusif avec ictère.

k) Grefe osseuse

1 observation : n° 46. Accouchement normal au terme de 9 mois chez une IIe pare de 33 ans ayant présenté des antécédents de greffe osseuse lombaire il y a vingt ans.

II. Etats pathologiques gravidiques

1. Albuminurie gravidique

Signe isolé de la triade classique de la maladie gravidique. On a pu dénombrer 31 observations d'albuminurie gravidique durant l'année 1970, ce qui représente 5,3 % du nombre total de grossesses. Cette dernière donnée se rapproche des statistiques effectuées dans le Service du Professeur MERGER, qui estime à au moins 5 % le nombre de femmes qui, en état de grossesse, présentent un des signes de la maladie gravidique.

Signalons à ce sujet la remarquable constance statistique de ces résultats, puisque durant les années 1956-1960 une moyenne de 5,8 % avait été trouvée, et ceci malgré toute surveillance, régime sans sel, diurétique et traitement souvent intensif.

Ces 31 cas sont les suivants : 10, 16, 33, 62, 77, 95, 96, 133, 145, 151, 208, 226, 251, 252, 254, 271, 275, 277, 281, 285, 304, 309, 346, 361, 369, 397, 436, 487, 498, 561, 566.

2. Toxémie gravidique (triade classique : albuminurie, hypertension, oedème).

Citons à ce sujet 14 observations (certaines déjà trouvées dans le cadre de l'albuminurie gravidique) : 80, 96, 150, 230, 243, 271, 304, 329, 346, 404, 458, 463, 516, 559.

Citons parmi ces observations :

N° 80 : Toxémie gravidique chez une primipare de 29 ans, chez laquelle on est amené à pratiquer une césarienne pour obésité et hypertension artérielle (17 1/2) durant la grossesse, ainsi que pour la présence d'un liquide sanglant et d'une dystocie dynamique, avec bruits du coeur foetal ralentis. Accouchement d'un enfant normal. Phlébite du membre inférieur dans les suites opératoires.

N° 150 : Il s'agissait d'une femme présentant une hypertension artérielle connue. Césarienne systématique pour hypertension, état prédiabétique et obésité.

N° 230 : Toxémie gravidique chez une primipare de 40 ans, pour laquelle on pratique une césarienne systématique au terme de 8 mois 1/4. A noter que les dosages d'oestriol étaient bas. Les suites opératoires et nourrisson normaux.

N° 243 : Etat prétoxémique chez une primipare de 25 ans. Accouchement normal à terme.

N° 271 : Primipare de 26 ans avec hypertension artérielle 22/11 et albuminurie à 3 grammes. Accouchement normal à terme. Persistance de l'albuminurie dans le post-partum.

N° 304 : Césarienne systématique au terme de 8 mois 1/4 chez une primipare de 38 ans pour syndrome vasculorénal.

N° 346 : Toxémie gravidique chez une IIe pare âgée de 26 ans. Accouchement normal à terme.

Il est à noter que, sur ces 14 cas, il a été pratiqué : quatre interventions césariennes, que dans tous les autres cas l'accouchement s'est déroulé normalement.

3. Etats pré éclamptiques

On ne peut citer qu'un seul cas d'état pré éclamptique probable (à son début) dans le post-partum : 317.

Début d'éclampsie du post-partum chez une femme de 29 ans dont l'accouchement prématuré (2.380 g) s'était déroulé normalement. 24 heures après cet accouchement : céphalées intenses, hypertension artérielle (17/11), malaises. On perfuse alors la malade avec 500 Unités de Mannitol et un Lasilix. Perfusion de neuroleptique. La tension redevient normale. 3 jours plus tard : agitation, confusion, désorientation.

III. Anomalies de l'appareil génital

Myomes et grossesses.

Citons 3 observations relevées dans le service durant l'année 1970 : 16, 60, 538, ainsi que l'observation 491 portant sur une femme aux antécédents fibromateux.

N° 16 : IIIe pare de 43 ans porteuse d'un myome pédiculé du bord gauche et dont l'accouchement s'est déroulé normalement, à terme.

N° 60 : Avortement spontané (370 g) suivi de révision utérine chez une femme porteuse d'un volumineux myome utérin.

N° 538 : Césarienne systématique à terme, avant tout début de travail pour :
 - primipare âgée de 43 ans,
 - utérus fibromyomateux.

Hystérotomie segmentaire transversale, suivie d'une hystérectomie.

IV. Anomalies de l'œuf

a) Grossesse molaire

1 observation est à citer : n° 62 (dossier gynéco). Mme C..., avortement molaire à 5 mois 1/2 de grossesse. Il s'agissait d'une IIe pare âgée de 31 ans présentant des métrorragies et des vomissements, ainsi qu'une augmentation des signes sympathiques de grossesse à 4 mois de terme. Dosages de prolans très augmentés, évocateurs. A 5 mois 1/2 admission pour nouvelles métrorragies. Expulsion spontanée d'un amas vésiculaire. Révision utérine. Curage digital. Transfusion.

b) Anomalie de l'insertion du placenta. Anomalies du cordon ombilical.

1. Insertion marginale du placenta : 2 observations : 303, 562. Accouchements normaux dans les 2 cas.

2. Insertion excentrique du cordon ombilical. Six observations : 2, 255, 264, 275, 404, 513.

Citons : 255 : Accouchement par forceps type Suzor chez une primipare âgée de 33 ans porteuse d'une scoliose avec hyperlordose. Placenta : insertion excentrique du cordon.

275 : Accouchement par forceps, type Suzor, chez une femme de 24 ans, primipare, pour arrêt de progression. A l'examen, insertion excentrique du cordon ombilical.

3. Insertion en raquette du cordon : neuf observations : 6, 7, 24, 98, 278, 308, 418, 433, 570.

Citons l'observation n° 7 : Accouchement normal à terme chez une primipare, primigeste âgée de 21 ans, présentant une insertion en raquette du cordon, début d'hémorragie entraînant la nécessité d'une délivrance artificielle, qui montre un placenta enchatonné dans la corne utérine droite. Transfusion.

Dans tous les autres cas : accouchements normaux non compliqués.

E. Complications de l'accouchement

I. Viciations pelviennes

Cinq observations de dystocie : n° 80, 109, 372, 546, 556.

1. Dystocie dynamique

N° 80 : Primipare de 29 ans. Obésité, hypertension artérielle, dystocie dynamique. Aucun antécédent notable. Césarienne indiquée.

N° 109 : IIIe pare de 31 ans. Césarienne indiquée pour dystocie dynamique et souffrance foetale. On pratique alors une hystérotomie transversale basse.

N° 372 : Primipare âgée de 24 ans. Accouchement normal à terme, perfusion de Syntocinon. Dystocie : bassin aplati transversalement.

N° 556 : Primipare âgée de 21 ans. Accouchement par forceps de type Suzor pour liquide teinté et dystocie (taille 1,48 m).

2. Bassins généralement rétrécis : 1 observation : 546.

Primipare de 24 ans. Césarienne à terme pour bassin généralement rétréci, échec à l'épreuve du travail, stagnation de la dilatation à 3 cm durant une heure, sous perfusion de 5 unités d'ocytocine. Non progression de la présentation, liquide amniotique purée de pois.

Remarquons que sur ces 5 observations de femmes dystociques, 3 parturientes ont dû subir une Césarienne, tandis que chez une autre on utilisait le forceps Suzor. Ainsi aucune mortinatalité n'est à déplorer au cours de ces accouchements dystociques.

II. Dilatation et contraction anormales

On dénombre 21 observations dans lesquelles la mise en place de forceps a été indiquée pour anomalie de la dilatation ou de la contraction , efforts expulsifs insuffisants, fatigue maternelle, inefficacité des efforts expulsifs, non progression de la présentation.

N° 172, 232, 237, 255, 257, 275, 288, 365, 376, 411, 423, 430, 440, 477, 482, 486, 501, 524, 555, 563, 571.

- N° 172 : Forceps Suzor mis en place pour fatigue maternelle.
- N° 232 : Primipare de 26 ans. Forceps Suzor pratiqué pour fatigue maternelle.
- N° 237 : Primipare de 24 ans. Forceps Suzor pour fatigue maternelle.
- N° 255 : Primipare de 33 ans. Forceps Suzor pour inefficacité des efforts expulsifs. Tête bloquée en occipito Iliaque gauche antérieure.
- N° 257 : Primipare de 29 ans. Difficulté de descente et de rotation. Forceps Tarnier.
- N° 275 : Primipare de 24 ans. Forceps Suzor pour efforts expulsifs inefficaces.
- N° 288 : Primipare. Forceps Suzor pour arrêt de progression de la présentation. Naissance d'un enfant mort-né. Inefficacité de vingt minutes de réanimation.
- N° 365 : Primipare de 20 ans, ayant présenté un traumatisme abdominal (accident de voiture). Forceps Tarnier pour non progression de la présentation.
- N° 376 : Primipare de 34 ans. Forceps Suzor après 20 minutes d'efforts expulsifs inefficaces.
- N° 411 : Primipare de 23 ans. Forceps Tarnier pour non progression et inefficacité des efforts expulsifs.

- N° 423 : Primipare de 29 ans. Forceps après 3/4 d'heure d'efforts expulsifs inefficaces. Indocilité maternelle.
- N° 430 : IIe pare de 30 ans. Forceps Tarnier après une heure 40 d'efforts expulsifs inefficaces.
- N° 440 : Primipare de 21 ans. Forceps Suzor pour inefficacité des efforts expulsifs.
- N° 477 : Primipare de 20 ans. Forceps Suzor pour fatigue maternelle.
- N° 482 : Primipare de 19 ans. Forceps Suzor pour non progression. Prématurité de 7 mois.
- N° 486 : Primipare de 29 ans. Forceps Tarnier pour non progression de la présentation.
- N° 501 : Primipare de 31 ans. Forceps Suzor pour efforts expulsifs insuffisants et inefficaces.
- N° 524 : Primipare de 20 ans. Forceps Tarnier pour efforts expulsifs inefficaces.
- N° 563 : Primipare de 27 ans. Forceps Suzor pour fatigue maternelle et souffrance foetale.
- N° 571 : Arrêt de progression après quarante-cinq minutes d'effort entraînant la pose de forceps Tarnier.

Au total : Sur ces 21 observations de forceps mis en place pour dilatation et contraction anormales, on peut compter que dans 20 cas sur 21 il s'agissait de primipares, soit 95 % des cas ;

- que dans 13 cas, le forceps de type Suzor a été appliqué ;
- que dans 8 cas, le forceps type Tarnier a été appliqué ;
- qu'une perfusion d'hormone post hypophysaire synthétique (Syntocinon) a été appliquée dans neuf cas sur 21, soit 41 % des cas, ceci afin de faciliter le travail ;

- qu'on déplore un enfant mort-né, malgré vingt minutes de réanimation et que, dans tous les autres cas, il n'a pas été mis en évidence de complications concernant le nouveau-né.

III. Circulaires du cordon

15 observations : 101, 116, 135, 147, 165, 168, 200, 258, 339, 353, 367, 369, 415, 500, 540.

Parmi celles-ci, citons :

N° 116 : IIe pare âgée de 29 ans. Accouchement normal à terme. Circulaire serrée du cordon. Nouveau-né normal.

N° 135 : Primipare de 29 ans. Accouchement normal à terme. Triple circulaire serrée du cordon. Nouveau-né normal.

N° 147 : Primipare de 21 ans. Accouchement normal à terme. Circulaire serrée du cordon. Nouveau-né normal.

N° 200 : IIIe pare de 31 ans. Accouchement normal à terme, avec épisiotomie, circulaire du cordon.

N° 367 : IIe pare de 27 ans. Accouchement normal à terme. Circulaire serrée du cordon. Nouveau-né normal.

N° 415 : Primipare de 23 ans. Accouchement avec épisiotomie, circulaire serrée du cordon. Mort apparente du nouveau-né, après un épisode hypoglycémique de la mère. Reprise de connaissance à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul où il est transporté d'urgence.

Dans les autres cas, pas de complications particulières à signaler.

F. Complications de la délivrance

I. Hémorragies

Huit observations : 7, 34, 40, 43, 47, 245, 247, 530, soit 1,6 % du nombre total d'accouchements.

N° 7 : Primipare de 21 ans. Début d'hémorragie à la suite d'un accouchement normal, avec insertion en raquette du cordon ombilical. Délivrance artificielle découvrant un placenta enchatonné dans la corne utérine droite. L'hémorragie nécessite une transfusion de sang iso groupe iso Rhésus.

N° 34 : Neuvième pare de 33 ans. Accouchement normal. Dans les suites immédiates : hémorragies avec choc (chute tensionnelle) nécessitant une révision utérine d'urgence, ainsi que la perfusion de deux flacons de sang iso groupe iso Rhésus.

N° 40 : Primipare de 17 ans. Accouchement normal, mais ayant nécessité une épisiotomie, chez une asthmatique connue et traitée. Révision utérine d'urgence. Choc léger, compensé par la perfusion de deux flacons de sang iso groupe iso Rhésus.

N° 47 : VIe pare de 30 ans. Accouchement normal à terme, suivi d'une hémorragie nécessitant une révision utérine. Pas de transfusion.

N° 245 : IIe pare de 23 ans. Accouchement normal. Hémorragie une demi-heure après l'accouchement. Délivrance artificielle pour non décollement. Perfusion de 2 flacons de sang iso groupe iso Rhésus.

N° 247 : VIe pare de 25 ans. Accouchement normal à terme. Révision utérine pour hémorragie par inertie utérine.

N° 530 : Primipare de 25 ans. Accouchement normal en occipito pubien. Délivrance artificielle pour non décollement. Début d'hémorragie nécessitant une transfusion d'un flacon de sang iso groupe iso Rhésus.

Sur ces huit observations concernant les hémorragies de la délivrance, il est à remarquer que dans 50 % des cas il s'agissait de primipares, que 3 fois une délivrance artificielle a été nécessaire, 4 fois une révision utérine d'urgence s'est imposée. Dans cinq observations, la perfusion de sang iso groupe, iso Rhésus s'est imposée afin de compenser cette hémorragie. Dans 3 cas la cause première fut le non décollement du placenta, dans 1 cas il s'agissait d'une inertie

utérine, enfin dans les autres cas la rétention placentaire explique l'hémorragie.

II. Rétention placentaire

On a pu remarquer dix observations de rétention placentaire :
N° 34, 38, 40, 47, 52, 75, 128, 141, 144, 205.

N° 34 : (cf. Chap. Hémorragies). Révision utérine.

N° 38 : Ière pare de 20 ans ayant présenté un accouchement gémellaire monochoriale, monoamniotique, ayant nécessité, du fait d'une rétention placentaire, une révision utérine.

N° 40 - 47 : (Cf. Chap. Hémorragies). Révisions utérines.

N° 52 : Femme ayant présenté un état de choc, après un accouchement normal. La révision utérine met en évidence la rétention placentaire.

N° 128 : Primipare de 18 ans 1/2 ayant présenté à la suite d'un accouchement normal la rétention d'un cotylédon placentaire. Révision utérine pratiquée.

N° 141 : Primipare de 23 ans. A la suite d'un accouchement normal, la délivrance ramène un placenta déchiqueté. Révision utérine pratiquée.

N° 144 : Primipare de 20 ans. Révision utérine à la suite d'un accouchement par le siège. Rétention placentaire.

N° 205 : Primipare de 17 ans. Révision utérine à la suite d'un accouchement normal. Rétention d'un cotylédon placentaire.

III. Chocs

4 observations de chocs ont été relevées : 34, 40, 52, 266.

L'observation 34 a été étudiée avec les hémorragies du post-partum, puis revue au chapitre des rétentions placentaires. Il s'agissait d'un choc d'origine hémorragique chez une IXe pare de 33 ans, ayant régressé sous transfusion de 2 flacons de sang iso groupe, iso Rhésus.

N° 40 : Etudiée également avec le chapitre concernant les hémorragies du post-partum. Il s'agissait d'un choc léger après un accouchement normal chez une primipare de 17 ans, asthmatique. Choc ayant régressé sous transfusion d'un flacon de sang iso groupe, iso Rhésus.

N° 52 : Révision utérine et transfusion de sang iso groupe, iso Rhésus chez une femme ayant présenté un état de choc dans les suites d'un accouchement normal.

Au total : les chocs, qu'ils soient hémorragiques ou qu'ils relèvent d'autres causes, n'ont pas entraîné d'accidents graves, grâce aux thérapeutiques d'urgence employées, et aux soins apportés à la surveillance de ces malades.

G. Opérations obstétricales

I. En cours de grossesse

On ne remarque aucun cas d'avortement thérapeutique, pratiqué dans le service durant l'exercice de l'année 1970.

Une intervention chirurgicale a été pratiquée en cours de grossesse : n° 316 (déjà vu : chapitre pathologie générale). Rappelons qu'il s'agissait d'une primipare âgée de 22 ans chez laquelle une appendicectomie est pratiquée au cours du 5e mois de grossesse, à l'Hôpital

Saint-Antoine. Sub-occlusion et Ictère sont relevés dans les suites opératoires. Cependant, accouchement normal et nourrisson bien portant.

II. Lors de l'accouchement

C'est l'application de forceps qui domine alors le tableau : 38 applications au cours de l'année 1970, soit dans 6,9 % des accouchements. L'application moyenne entre les années 1956 et 1960 était de 11,7 %. Précisons à ce propos que l'application de forceps dans le service est un acte de moins en moins pratiqué : 127 observations en 1959, 70 observations en 1960 et 38 seulement en 1970 ...

Dans 13 observations, le forceps du type Tarnier a été appliqué : 18, 58, 63, 76, 257, 365, 388, 411, 430, 486, 526, 55, 571.

Dans 21 observations, le forceps du type Suzor a été appliqué : 43, 162, 172, 232, 237, 255, 275, 288, 309, 376, 440, 477, 482, 489, 493, 496, 501, 515, 556, 563.

Dans 1 cas, le forceps du type Demelin a été appliqué. Reste enfin 3 cas où le type utilisé n'est pas mentionné. Comme nous l'avons vu au cours des chapitres précédents, le forceps a été utilisé :

- 21 fois pour anomalies de la dilatation et de la contraction,
- 11 fois à titre systématique ou en raison des antécédents,
- 1 fois (n° 63) pour dystocie aux épaules,
- 1 fois (n° 76) pour présentation du siège décomplété chez une VIIe pare, forceps type Tarnier sur tête dernière, suivi de révision utérine,
- 2 fois pour souffrance foetale : 162, 556:

N° 162 : Il s'agissait d'une primipare de 24 ans. Forceps type Suzor pour expulsion de liquide purée de pois et bruits du coeur doux.

N° 556 : Primipare de 21 ans. Forceps Suzor sous anesthésie générale pour liquide teinté.

- 1 fois lors d'une grossesse gémellaire (385) :

N° 385 : Primipare de 24 ans. Accouchement par forceps type Tarnier d'un enfant vivant, Apgar 10, 1.830 g, en occipito sacrée.

- 1 fois pour antécédent de rétrécissement aortique (cf. Chapitre Pathologie générale), 309, primipare de 20 ans. Forceps Suzor. Accouchement normal à terme d'un enfant vivant criant aussitôt.

Parmi les 11 cas systématiques, citons 2 observations où le forceps a été institué pour antécédents de Césarienne : 497, 526 :

N° 497 : IVe pare âgée de 29 ans, antécédents de Césarienne, application de forceps type Suzor systématique. Accouchement normal.

N° 526 : VIe pare âgée de 28 ans. Forceps Tarnier systématique pour antécédents de Césarienne.

Comme nous l'avons déjà dit, l'application des forceps apparaît, selon les statistiques comparatives du Service et en tenant compte, bien sûr, des différences de populations, comme une pratique en régression, ayant diminué de plus de 4 % en 10 ans (moyenne des années 1956-1960 à celle de 1970).

III. Lors de la délivrance

1. Délivrances artificielles

Il a été pratiqué, durant l'année 1970, 51 interventions pour délivrance artificielle, soit 9,4 % des accouchements (non compris les césariennes) contre 6,37 % en moyenne entre les années 1956 et 1960.

Les indications ont été posées de la façon suivante :

. Dans 9 cas pour non décollement du placenta : 9, 35, 54, 119, 326, 342, 371, 391, 445.

. Dans 2 cas pour hémorragies isolées : 7, 197.

. Dans 4 cas pour hémorragies et non décollement du placenta : 245, 458, 527, 530.

. Systématiquement dans 36 cas : 18, 43, 58, 93, 175, 209, 237, 240, 257, 283, 298, 312, 323, 361, 365, 407, 411, 423, 430, 438, 440, 484, 485, 486, 497, 501, 503, 509, 510, 524, 526, 539, 547, 555, 558, 571.

a. Non décollement du placenta : 17,6 % des causes de délivrance artificielle.

N° 9 : Primipare - 34 ans - terme dépassé - délivrance artificielle pour placenta non décollé - accouchement normal.

N° 35 : Ve pare de 25 ans. Accouchement normal à terme. Placenta non décollé après 30 minutes d'expectative.

N° 119 : IIe pare de 25 ans. Accouchement normal. Placenta non décollé. Délivrance artificielle.

N° 342 : Ière pare de 26 ans. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

N° 371 : Primipare de 23 ans. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour non décollement.

N° 391 : Primipare de 18 ans. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta.

b) Hémorragie isolée : 3,9 % des causes de délivrance artificielle :

N° 7 : Ière pare, deuxième geste de 21 ans. Accouchement normal avec insertion en raquette du cordon. Début d'hémorragie, entraînant délivrance artificielle.

N° 197 : IIIe pare de 25 ans. Accouchement normal. Délivrance artificielle pour hémorragie du post-partum.

c) Hémorragie et non décollement du placenta associés

N° 245 : IIe pare de 23 ans. Délivrance artificielle, à la suite d'un accouchement normal, pour non décollement du placenta et hémorragie ayant apparue une demi-heure après l'accouchement.

N° 458 : Primipare. Délivrance artificielle après un accouchement normal pour non décollement placentaire et hémorragie.

N° 527 : IIIe pare, âgée de 28 ans. Délivrance artificielle pour non décollement placentaire et début d'hémorragie après accouchement normal.

N° 530 : Ière pare de 25 ans. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta et début d'hémorragie. Suites opératoires normales.

d) Délivrance artificielle pratiquée de façon systématique

N° 18 : Ière pare - 26 ans - Accouchement normal par forceps type Tarnier.

N° 43 : Ière pare - 22 ans - Accouchement - forceps - épisiotomie.

N° 58 : Forceps - Délivrance artificielle systématique.

N° 93 : Ière pare de 19 ans - Expulsion d'un foetus vivant, de sexe féminin.

N° 175 : Primipare de 40 ans - Avortement à 5 mois de terme.

N° 209 : Primipare de 29 ans. Accouchement par forceps Demelin après 35 minutes d'efforts inefficaces. Délivrance artificielle.

N° 237 : Primipare de 24 ans. Forceps pour fatigue maternelle ; délivrance artificielle.

N° 240 : Primipare de 23 ans - forceps Suzor - Accouchement normal. Délivrance artificielle.

N° 257 : Primipare de 29 ans. Forceps Tarnier. Délivrance artificielle.

N° 283 : Accouchement prématuré au terme de 5 mois (680 g). Délivrance artificielle systématique.

N° 298 : IVe pare de 37 ans. Délivrance artificielle systématique à la suite d'un accouchement normal, pour antécédents de césarienne.

N° 312 : Primipare de 28 ans. Grossesse gémellaire-bichorisle, bi-amniotique. Délivrance artificielle. Suites opératoires satisfaisantes.

N° 323 : IIe pare de 20 ans. Accouchement en occipito sacrée à terme. Délivrance artificielle systématique.

N° 361 : Primipare de 40 ans. Accouchement par le siège au terme de 6 mois 3/4 d'un nouveau-né d'aspect mongoloïde. Délivrance artificielle systématique.

N° 365 : Primipare de 20 ans. Accouchement avec forceps. Délivrance artificielle systématique.

N° 407 : Ve pare - 34 ans. Grossesse gémellaire. Monochorisle, bi-amniotique, au terme de 7 mois 1/2. Délivrance artificielle.

N° 411 : Ière pare de 23 ans. Forceps pour inefficacité des mouvements expulsifs, suivi d'une délivrance artificielle systématique.

N° 423 : Primipare de 29 ans. Forceps systématique. Délivrance artificielle.

N° 430 : IIe pare de 30 ans. Forceps Tarnier pour efforts expulsifs inefficaces. Délivrance artificielle systématique.

N° 438 : IIe pare de 24 ans. Prématuré de 7 mois. Accouchement à type de siège complet. Délivrance artificielle systématique.

N° 440 : Primipare de 21 ans. Forceps Suzor sous anesthésie générale suivi de délivrance artificielle.

N° 484 : IIIe pare de 22 ans. Accouchement prématuré de 6 mois par le siège. Délivrance artificielle systématique.

N° 485 : Ière pare de 22 ans. Antécédents de syphilis traitée. Accouchement normal par forceps Tarnier. Délivrance artificielle.

N° 486 : Ière pare de 29 ans. Forceps Tarnier. Délivrance artificielle.

N° 497 : IVe pare âgée de 29 ans. Forceps Suzor au cours d'un accouchement normal. Délivrance artificielle.

N° 501 : Primipare de 31 ans. Forceps Suzor pour efforts inefficaces. Délivrance artificielle.

N° 503 : IVe pare de 27 ans. Délivrance artificielle au décours d'un accouchement normal pour antécédents de césarienne.

N° 509 : Ière pare de 18 ans. Accouchement prématuré. Délivrance artificielle systématique.

N° 510 : Ière pare de 20 ans. Accouchement à type de siège décomplété. Episiotomie. Délivrance artificielle.

N° 524 : Première pare de 20 ans. Accouchement par forceps pour souffrance foetale et efforts expulsifs peu importants. Délivrance artificielle.

N° 526 : VIe pare de 28 ans. Forceps Tarnier systématique pour antécédents de césarienne.

N° 539 : Primipare de 17 ans. Avortement au terme de 5 mois. Délivrance artificielle.

N° 547 : IIe pare de 25 ans. Accouchement à type de siège complet. Délivrance artificielle.

N° 555 : Ière pare de 25 ans. Forceps Tarnier pour efforts expulsifs inefficaces. Délivrance artificielle.

N° 558 : Ière pare de 40 ans. Accouchement prématuré. Délivrance artificielle.

N° 571 : Forceps Tarnier pour arrêt de progression. Délivrance artificielle.

Au total : Dans 70,5 % des cas de délivrance artificielle, cette dernière a été indiquée de façon systématique et ceci pour les raisons suivantes : Dans vingt cas il s'agissait de la pose de forceps au cours de l'accouchement, soit 52 % de délivrances artificielles à la suite de la pose de forceps. Dans 3 observations il s'agissait d'avortements spontanés au cours de grossesses suivies. Dans 6 autres observations, l'indication de la délivrance artificielle est en rapport avec des accouchements prématurés, soit sur les 62 accouchements prématurés dénombrés au cours de l'année 1970, seulement 9,5 % ont nécessité une délivrance artificielle. Parmi les autres indications, 2 fois il s'agissait de grossesses gémellaires, 2 fois également d'accouchements par le siège. Dans 3 observations des antécédents d'interventions césariennes antérieures justifiaient la délivrance artificielle. Enfin dans un cas, remarquons la présence d'une présentation par le sommet, en occipito sacrée.

A noter qu'une grossesse gémellaire a été comptée 2 fois du fait de l'intrication des indications.

On a d'autre part pratiqué la délivrance artificielle systématique chez 23 primipares sur 36 délivrances, soit environ, dans 63 % des cas, les parturientes étaient des primipares.

2. Révisions utérines

Souvent secondaires à la délivrance artificielle, on dénombre 53 observations durant l'exercice de l'année 1970, soit 9,1 % des accouchements pratiqués contre 4,43 % entre les années 1956 et 1960.

Ces 53 observations de révision utérine sont justifiées car pratiquées :

- dans 10 cas pour rétention placentaire : 34, 38, 40, 47, 52, 75, 128, 141, 144, 205 ;
- dans 7 cas pour délivrance suspecte : 76, 95, 145, 216, 220, 352, 529 ;
- dans 7 cas pour hémorragie : 34, 40, 47, 60, 93, 247, 502,
- systématiquement dans 29 observations : 23, 49, 58, 178, 195, 203, 206, 221, 222, 236, 259, 282, 283, 294, 298, 307, 310, 322, 323, 379, 386, 405, 435, 465, 503, 520, 529, 539, 558.

a) Pour rétention placentaire. La révision utérine a été pratiquée :

N° 34 : Chez une IXe pare de 33 ans. Accouchement normal, suivi d'un choc hémorragique, nécessitant 2 flacons de sang iso groupe, iso Rhésus.

N° 40 : Chez une Ière pare de 17 ans - asthmatique - Accouchement normal suivi d'hémorragie et d'un état de choc modéré.

N° 47 : Chez une VIe pare de 30 ans. Accouchement normal suivi d'hémorragie. La révision utérine ramène des débris de placenta.

N° 52 : Ière pare. Après accouchement normal, état de choc dans le post-partum. Rétention placentaire.

N° 128 : Chez une Ière pare âgée de 17 ans 1/2. Accouchement normal. La délivrance montrait un cotylédon manquant sur le placenta. Révision utérine indiquée.

N° 141 : Accouchement normal chez une primipare âgée de 23 ans. La délivrance montre un placenta incomplet. Révision utérine ramenant des morceaux de placenta.

N° 144 : Accouchement prématuré chez une primipare de 20 ans, à type de siège complet. Révision utérine pour rétention placentaire.

N° 205 : Primipare de 17 ans. Accouchement normal. Délivrance naturelle montre un cotylédon manquant. Révision utérine pour rétention d'un cotylédon.

b) Délivrance suspecte

N° 76 : Accouchement par le siège chez une VIIe pare. Forceps. Révision utérine pour délivrance suspecte.

N° 95 : Primipare de 18 ans. Accouchement normal, mais du fait d'une délivrance suspecte : révision utérine.

N° 145 : Primipare de 27 ans. Révision utérine pour placenta douteux après un accouchement normal.

N° 220 : IIIe pare de 29 ans. Révision utérine pour placenta douteux après accouchement normal.

N° 352 : Primipare de 32 ans. Accouchement normal. Révision utérine pour placenta suspect.

N° 529 : VIIe pare de 31 ans. Accouchement normal. Révision utérine pour placenta douteux.

c) Hémorragies

N° 34 - 40 - 47 : Voir indications pour rétention placentaire.

N° 93 : Voir indications pour délivrance artificielle à titre systématique.

N° 247 : VIe pare de 42 ans. Accouchement normal, révision utérine pour hémorragie par inertie utérine.

N° 502 : Ière pare de 22 ans. Accouchement normal d'un nouveau-né d'aspect mongoloïde, décédé 2 heures plus tard, pesant 2.400 g.

d) Révisions utérines systématiques

Sur les 29 observations de révisions utérines pratiquées à titre systématique - soit 58 % environ des révisions utérines pratiquées dans le service - on remarque que dans :

- 16 observations, soit 55 % de révisions systématiques, il s'agissait d'accouchements prématurés. Dans ce type d'accouchement, en effet, au terme de 6 à 8 mois la délivrance naturelle est très souvent incomplète.

- 3 observations la révision utérine était faite en rapport avec des antécédents particuliers : césarienne, myomectomies ...

- 2 observations il s'agissait d'avortements spontanés.

- 1 cas d'un accouchement en présentation occipito sacrée.

3. Episiotomies

Ce chapitre n'est pas mentionné dans la thèse du Docteur LEGENDRE ; il nous a paru cependant souhaitable de l'insérer parmi les interventions obstétricales courantes.

On note 46 observations d'épisiotomie, soit 8,4 % environ des cas d'accouchements, césariennes non comprises. Dossiers n° 4, 29, 40, 43, 62, 68, 72, 88, 121, 126, 129, 130, 144, 204, 209, 212, 223, 229, 262, 269, 294, 311, 312, 332, 349, 351, 354, 363, 365, 375, 415, 422, 428, 430, 446, 450, 479, 489, 510, 524, 526, 535, 555, 575, 576.

L'épisiotomie a été pratiquée à huit reprises au cours d'un accouchement par forceps : 43, 209, 365, 430, 489, 524, 526, 555 ; à huit reprises également au cours d'accouchements par le siège : 126, 144, 312, 332, 375, 479, 510, 552. Pour expulsion prolongée, elle a été pratiquée 3 fois : 204, 415, 576. A titre préventif, 2 fois : 29, 126 ; pour maladie intercurrente durant la grossesse : 2 fois (asthme).

Pour accouchement par le front, l'épisiotomie a été pratiquée une fois : n° 311 ; pour accouchement gémellaire également : n° 312. Enfin pour amorce de déchirure centrale : n° 349.

A titre systématique, elle a été appliquée à 22 reprises : 4, 62, 68, 72, 88, 121, 129, 130, 212, 223, 229, 262, 269, 294, 351, 354, 363, 422, 428, 446, 450, 575.

On remarquera donc qu'outre ces 22 cas d'indications d'épisiotomie systématique, ce geste reste dans le service de la maternité de l'Hôpital de Neuilly un acte réfléchi puisque seulement 8,4 % des accouchements en sont redevables. On notera également la grande fréquence des épisiotomies lors des accouchements par le siège - 8 observations sur 17 cas - et ceci quel qu'en soit le type (complet ou incomplet).

4. Césariennes

Durant l'exercice de l'année 1970, 30 interventions césariennes ont été pratiquées dans le service, soit environ 5 % des accouchements.

Les indications de ces interventions ont été les suivantes:

- . 6 observations : Césariennes pour viciations pelviennes et disproportion foetomaternelle.
80, 109, 210, 292, 511, 546.
- . 3 observations : anomalies de la dilatation et de la contraction. 328, 493, 546.
- . 1 observation : terme dépassé : 460.
- . 9 observations : antécédents particuliers ou césariennes itératives.
12, 90, 210, 228, 256, 327, 491, 504, 534.
- . 5 observations : maladies diabétiques : 27, 36, 86, 150, 294.
- . 8 observations : toxémie gravidique et souffrance foetale.
80, 109, 150, 163, 173, 230, 304, 543.
- . 1 observation : fibrome utérin : 538.
- . 1 observation : procidence du cordon.

a) Viciation pelvienne et disproportion foeto-pelvienne

N° 80 : Primipare de 29 ans. Césarienne chez une obèse présentant une hypertension artérielle (à 17 1/2/11), durant sa grossesse, un liquide sanglant et une dystocie dynamique, tandis que les bruits du coeur foetal étaient ralentis.

N° 109 : IIIe pare de 31 ans. Césarienne pour dystocie dynamique et souffrance foetale. Hystérotomie corporeale basse transversale donnant naissance à un nouveau-né bien portant.

N° 210 : IIe pare de 28 ans. Césarienne systématique à terme chez une femme antérieurement césarisée pour présentation de la face, présentant un bassin transversalement rétréci. Hystérotomie segmentaire transversale. Nouveau-né normal.

N° 292 : Ière pare de 18 ans sans antécédents particuliers. Césarienne pour disproportion foetopelvienne après épreuve du travail. Extraction d'une fille vivante, Apgar 10, pesant 2.900 g. Décès de la malade malgré réanimation (voir chapitre particulier).

N° 511 : Primipare de 35 ans. Césarienne pour bassin limite et échec à l'épreuve du travail. Stagnation à 2 cm durant 2 heures avec col qui bride. Apparition d'une bosse sero-sanguine et non progression de la présentation. Hystérotomie segmentaire transversale. Naissance d'un nourrisson normal.

N° 546 : Césarienne à terme chez une primipare de 24 ans (Cf. Chap.E, I, 2).

A noter parmi ces observations le décès d'une femme (292). Nous reviendrons ultérieurement sur ce cas. Par ailleurs, aucune mortinatalité n'est à remarquer.

b) Anomalies de la dilatation et de la contraction : 3 cas.

N° 328 : Césarienne chez une primipare de 43 ans, à terme, ayant présenté une rupture prématurée des membranes depuis 20 heures, non suivie de travail. Hystérotomie segmentaire transversale. Naissance d'un enfant vivant pesant 3.300 g.

N° 493 : Ière pare de 23 ans. Césarienne en urgence pour non engagement. Hystérotomie segmentaire transversale. Nourrisson normal.

N° 546 : (Cf. Chap. E, I, 2).

c) Terme dépassé

N° 40 : Césarienne systématique chez une primipare de 35 ans pour terme dépassé de quinze jours. Naissance d'un nourrisson normal.

d) Césariennes pour antécédents particuliers et césariennes itératives

- Pour myomectomie antérieure : 12, 491.
- Pour enfant décédé d'hémorragie méningée, 33 h après son accouchement : 90.
- Pour césarienne pratiquée lors d'un accouchement précédent : 210, 256, 327.
- Pour enfant mort-né macéré à terme, dans les antécédents : 228.
- Pour cicatrice médiane sous ombilicale d'origine indéterminée : 504.
- Pour myopathie : 534.

e) Césariennes chez des diabétiques : voir chap. D, I, h.

Rappelons que dans 3 cas sur 5, il s'agissait de jeunes femmes primipares et qu'on n'a eu à déplorer aucune complication particulière dans la période post opératoire.

f) Toxémie gravidique - Souffrance foetale

N° 80 : Cf. chap. D, II, 2. Nourrisson normal. Phlébite suites post-opératoires.

N° 109 : Césarienne chez une IIIe pare de 31 ans pour dystocie dynamique et souffrance foetale. Hystérotomie basse transversale.

N° 150 : Cf. Chap. D, II, 2.

N° 163 : Césarienne chez une primipare âgée de 41 ans pour souffrance foetale, terme dépassé. Hystérotomie segmentaire transversale. Nourrisson normal.

N° 173 : Césarienne basse avant tout début de travail chez une primipare âgée de 28 ans pour souffrance foetale.

N° 230 : Cf. Chap. D, II, 2.

N° 304 : Cf. Chap. D, II, 2.

N° 543 : Césarienne chez une primipare âgée de 20 ans, pour échec de l'épreuve du travail, liquide teinté et modifications des bruits du coeur foetal. Nourrisson normal.

g) Fibromyome utérin : 538

. Césarienne systématique à terme avant tout début de travail pour :

- primipare âgée de 43 ans,
- utérus fibromyomateux.

. Hystérotomie segmentaire transversale, suivie d'hystérectomie.

Notons que la répétition de certains numéros dans la classification ne provient que de la complexité de certaines indications.

H. Complications des suites de couche

Elles sont essentiellement représentées par :

1. Les phlébites : Citons à ce sujet 5 observations : 80, 233, 505, 511, 568.

Dans l'observation n° 80, il s'agissait de phlébite du membre inférieur, apparue dans les suites opératoires immédiates d'une césarienne (voir ce chapitre). Traitement institué d'urgence. Anti-coagulants. Suites satisfaisantes.

N° 233 : IIe pare âgée de 21 ans. Accouchement normal. Phlébite du post-partum au membre inférieur. Traitement anti-coagulant institué d'urgence. Suites satisfaisantes.

N° 505 : Ière pare de 26 ans. Accouchement prématuré à 8 mois.
Phlébite du post-partum au membre inférieur,

N° 511 : Césarienne chez une Ière pare de 35 ans. Phlébite du membre inférieur, dans les suites opératoires immédiates. Traitement anticoagulant. Pas de complications.

N° 568 : IIe pare âgée de 33 ans. Accouchement normal. Phlébite du membre inférieur dans le post-partum. Pas de complication.

Remarquons que sur ces 5 observations, il s'agit dans deux cas de suites opératoires (Césarienne), dans un cas la phlébite est survenue après un accouchement prématuré. Dans tous les cas, le traitement anticoagulant institué d'urgence et la surveillance biologique et clinique constante ont permis d'éviter les complications. Notons cependant qu'à la particulière fréquence de ces accidents (5 observations sur 576 accouchements), on peut estimer comme explication valable la notion de terrain particulièrement débilisé - transplantés récents, milieux dénutris - qui entre pour une large part dans le contingent des femmes enceintes reçues dans le service.

2. Citons un cas de toxidermie : n° 15, survenue dans le post-partum chez une IIe pare âgée de 27 ans, souffrant d'une pyélo néphrite et ayant eu un accouchement prématuré (2.330 g).

3. Enfin citons un cas de métrorragies, survenues 15 jours après l'accouchement (n° 196) chez une primipare âgée de 28 ans qui a été admise en observation et traitée par Méthergin.

I. Mortalité maternelle

Durant l'exercice de l'année 1970, à la maternité de l'Hôpital de Neuilly, on doit malheureusement déplorer un décès : n° 292.

Il s'agissait d'une jeune femme âgée de 18 ans, primipare sans antécédents particuliers, mais chez laquelle avait été découverte, au cours de la grossesse, une hypertension artérielle, avec oedème des membres inférieurs, obésité (prise de poids supérieure à 18 kg).

On pratique donc une Césarienne à terme, chez cette malade, pour disproportion foetopelvienne après épreuve du travail. Extraction d'une fille vivante, Apgar 10, poids 2.900 g. Après la délivrance, apparition de sang foncé au niveau du champ opératoire. Malgré une ventilation en oxygène pur, le sang ne parvient pas à rougir. Devant l'absence de pouls, un massage cardiaque externe est entrepris. Reprise des battements cardiaques au bout de 15 minutes. On termine l'intervention quand la tension artérielle est à 14-10. Cinq heures plus tard, alors que la malade est toujours comateuse, nouvel arrêt cardiaque qu'un massage cardiaque externe pratiqué une heure durant n'a pu récupérer. Une conclusion précise n'a pu être tirée, l'examen anatomopathologique ayant été refusé par la famille.

J. Le nouveau-né

I. La pathologie du nouveau-né est ici dominée par les problèmes concernant les incompatibilités foetomaternelles ; sur 570 enfants vivants à la naissance, on a dû en effet pratiquer 3 exanguinotransfusions (dossiers n° 21, 235, 572).

Remarquons que la recherche d'agglutinines irrégulières a été pratiquée systématiquement chez toutes les femmes porteuses d'un Rhésus négatif, ce qui porte à 78 observations le nombre des recherches effectuées.

N° 21 : IIe pare de 35 ans. Accouchement normal à terme. Rhésus négatif. Devant apparition d'un ictère chez le nourrisson, une exanguino transfusion est pratiquée. Résultat satisfaisant.

N° 235 : IIe pare de 33 ans. Accouchement normal à terme chez une femme au Rhésus négatif ayant subi une recherche d'agglutinines irrégulières. Exanguino transfusion chez le nourrisson. Bon résultat.

N° 572 : IIIe pare de 34 ans. Rhésus négatif. Découverte d'agglutinines irrégulières. Accouchement normal à terme. Exanguino transfusion à deux reprises chez le nourrisson pour ictère prolongé.

Remarquons que dans ces trois cas il s'agit de femmes multipares, âgées de plus de 30 ans, que dans tous les cas le nourrisson était en bon état général, après l'exanguino transfusion.

Notons enfin que dans 29 observations sur les 78 cas de mère Rh. négatif, il a été pratiqué une vaccination chez le nourrisson dans les 3 jours suivant la naissance.

On a pu remarquer encore 4 observations de nourrissons porteurs de pieds bots : 107, 132, 332, 459.

- Dans l'observation n° 132, le nourrisson également porteur d'une imperforation anale, est décédé le lendemain de sa naissance (prématuré à 8 mois).

- Division de la voute palatine : 1 observation ; 498.

- Deux nourrissons d'aspect mongoloïde : 361, 502, sont décédés quelques heures après la naissance (nous reviendrons plus loin sur leurs cas).

Notons enfin qu'une réanimation néonatale a dû être pratiquée à cinq reprises : 162, 216, 288, 303, 342.

II. Mortinatalité et mortalité néonatale

On dénombre 4 cas de nourrissons mort-nés durant l'année 1970, soit 0,7 % de mortinatalité durant cette période (38,-39), 288, 533.

N° 38-39 : Voir Chap. C, 2. Grossesse gémellaire monochoriale, mono-amniotique. Accouchement prématuré à 5 mois. 2 foetus mort-nés macérés de 560 et 240 g.

N° 288 : Primipare âgée de 21 ans. Accouchement prématuré d'un enfant mort-né pesant 1.880 grammes. Vingt minutes de réanimation inefficaces.

N° 533 : Primipare âgée de 20 ans. Accouchement normal, prématuré à 8 mois. Expulsion d'une fille mort-née, en début de macération. Phlyctènes sur les membres inférieurs et sur l'abdomen. Poids : 2.270 g.

Il faut également citer 3 observations de mortalité néonatale précoce, soit 0,5 %, frappant des nouveau-nés ayant respiré depuis la naissance jusqu'au septième jour, inclus, de la vie) : 132, 361, 502.

N° 132 : Voir chap. J, I. Accouchement prématuré au terme de 8 mois chez une primipare âgée de 29 ans. Expulsion d'un nourrisson porteur de nombreuses déformations : pieds bots, imperforation anale notamment. Décédé le lendemain, avant toute possibilité d'intervention.

N° 361 : Accouchement par le siège (type siège décomplété) chez une primipare âgée de 40 ans. Prématurité : 6 mois 3/4. Expulsion d'un nourrisson d'aspect mongoloïde décédé une heure après sa naissance.

N° 502 : Accouchement à terme chez une primipare âgée de 22 ans, d'un nouveau-né pesant 2.400 g, d'aspect mongoloïde. Apgar 2/10. Décédé deux heures après sa naissance.

Au total : Le taux de mortalité périnatale est donc de 1,2 % pour l'exercice de l'année 1970. Il se décompose comme suit : 0,7 % de mortinatalité et 0,5 % de mortalité néonatale. Les chiffres cités par Monsieur le Professeur MERGER (Précis d'Obstétrique, p. 989) sont de 2,7 % de mortalité périnatale, décomposés en 1,4 % de mortinatalité et 1,3 % de mortalité néonatale. La statistique portait alors sur

30.000 cas. Pour l'ensemble de la France en 1969 ⁽⁵⁾, sur 839.511 naissances, on pouvait dénombrer 14.665 cas de mortalité périnatale, soit 1,5 %, se décomposant de la façon suivante :

- mortinatalité : 1,2 % (10.580 cas)
- mortalité néonatale : 0,3 %

(5) Voir Bibliographie.

CHAPITRE III

Ce chapitre va tenter de présenter une comparaison des données statistiques fournies par l'Institut de Recherche d'Informatique et d'Automatique (IRIA) sur l'initiative de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, entre les pourcentages obtenus d'une part pour l'ensemble des maternités des Hôpitaux de IIe catégorie, 1er groupe, et ceux de la maternité de l'Hôpital de Neuilly d'autre part.

Nous présenterons ces pourcentages sous la forme de tableaux comparatifs. Dans les pourcentages cités, grossesses uniques et grossesses gémellaires sont comptées ensemble. Notons enfin que dans les statistiques portant sur l'ensemble des maternités des Hôpitaux de IIe catégorie 1er groupe de la région parisienne, le chiffre de la population concernée est de 22.278 cas, alors qu'il est de 576 en ce qui concerne notre service.

1°) Les accouchementsTableau n° 1 : Tableau comparatif des différents types de présentation.

Origine des Pré- sentations chiffres cités	% de l'IRIA ensemble des Maternités	% personnels du Service Mater. Hôp. de Neuilly	% de l'IRIA Maternité Hôpital de Neuilly
Sommet	92 %	94,6 %	89,7 %
Siège	3,6 %	2,9 %	3 %
Face	0,1 %	0 %	0 %
Front	0,2 %	0,17 %	0,2 %

Tableau n° 2 : Comparaison des pourcentages d'actes chirurgicaux et de certaines complications de la délivrance.

Origine des Nature de l'acte chiffres cités	% de l'IRIA ensemble des Maternités	% personnels du Service Mater. Hôp. de Neuilly	% de l'IRIA Maternité Hôpital Neuilly
Épisiotomies	17,4 %	8,4 %	9,3 %
Forceps	4,2 %	6,9 %	6,1 %
Césariennes	4,4 %	5 %	5,5 %
Hémorragies de la délivrance	2 %	1,6 %	1,4 %
Révisions utérines	5 %	9,1 %	9,1 %

2°) Nouveau-nés

Tableau n° 3 : Tableau comparatif des taux de la mortinatalité, de la mortalité néonatale et de la mortalité périnatale (qui correspond au total des 2 précédents).

Origine des chiffres cités Type	% de l'IRIA ensemble des Maternités	% trouvés dans la Maternité de L'Hôp. Neuilly
Mortinatalité	0,9 %	0,7 %
Mortalité néonatale	1 %	0,5 %
Mortalité périnatale	1,9 %	1,2 %

De ces tableaux, plusieurs renseignements sont à retenir ; parmi ceux-ci, remarquons avant tout : dans l'ensemble, la bonne intégration des pourcentages trouvés dans notre service de l'Hôpital Communal de Neuilly, comparativement à ceux de l'ensemble des Hôpitaux de la périphérie et de la même catégorie, notamment en ce qui concerne les présentations. Pour ce qui est des actes chirurgicaux, remarquons que si les épisiotomies ont été moins nombreuses dans le Service de Maternité de l'Hôpital de Neuilly, les révisions utérines y ont par contre été pratiquées plus souvent. Notons enfin, au passage, que le pourcentage de Césariennes y est sensiblement le même.

Quant à la mortalité périnatale, qui paraît plus basse dans notre service : 1,2 % au lieu de 1,9 %, il convient de se rappeler que le nombre d'échantillons considérés est bien moindre dans notre statistique : 576 cas au lieu de 22.278, ce qui peut en modifier la valeur.

CHAPITRE IV

Le recrutement des parturientes et ses origines

Cette question nous est apparue comme importante à soulever, dans une période où les Maternités des Hôpitaux de IIe catégorie 1er groupe ont tant de mal à définir leur position réelle dans la vie de la cité.

Au cours de l'année 1970, sur 576 accouchements précédemment étudiés, 182 observations appartiennent à des femmes enceintes dont la grossesse n'a jamais été suivie dans le service, et qui y sont arrivées uniquement pour leur accouchement. Ce chiffre représente environ 31,6 % des cas de femmes accouchées. Devant l'importance de ce chiffre, nous avons poussé plus loin nos investigations, et nous avons constaté que sur ces 31,6 %, 17,3 % étaient des femmes sur le point d'accoucher, adressées par les Hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, soit 100 observations ; 2,4 % provenaient de cliniques privées (nous avons compté parmi celles-ci les Hôpitaux Privés) ; 1,7 % venaient de la part de Dispensaires où elles avaient été régulièrement suivies, enfin dans 10 % des cas ce sont les médecins traitants qui nous adressaient la parturiente, afin de pratiquer l'accouchement.

Notons enfin que : - dans 8 observations (soit 1,3 % des cas), les femmes étaient arrivées en travail sans que leur grossesse ait jamais été suivie ;

- dans 43 observations (soit 7,4 % des cas), aucune indication relative à l'organisme ayant suivi la grossesse n'était mentionnée.

Reste donc au total environ 394 femmes (68,4 %) qui, ayant été régulièrement surveillées durant leur grossesse à la consultation du service, y ont été également accouchées.

Conclusion

Cette étude statistique portant sur l'activité du service de Maternité de l'Hôpital Communal de Neuilly, durant l'année 1970, comparativement à celle pratiquée par le Docteur LEGENDRE, dans sa thèse sur le même sujet, entre les années 1956 et 1960, confirme dans l'ensemble les pourcentages bien établis en obstétrique.

Il ressort de l'ensemble de cette étude :

- 1°) Que, par rapport à l'ensemble des maternités des hôpitaux de IIe catégorie de la région parisienne, et ainsi que l'ont démontré les calculs statistiques effectués à l'aide de l'Informatique (I.R.I.A.), la maternité de l'Hôpital de Neuilly est parfaitement représentative, tant par les services rendus que par les résultats obtenus, de la moyenne de ces maternités.
- 2°) Que l'on peut y trouver, au sein d'une équipe obstétricale homogène, une organisation des consultations et des locaux telle qu'à tout moment du jour ou de la nuit la parturiente y soit traitée et surveillée dans les meilleures conditions.
- 3°) Que dans ce type de service la plupart des problèmes qu'est susceptible de rencontrer l'obstétricien sont représentés parmi les observations que nous avons envisagées, depuis l'accouchement simple jusqu'à la grossesse à haut risque. Ce grand éventail de cas cliniques représente pour l'étudiant un important capital de connaissance et d'expérience des gestes usuels de la spécialité, qu'il peut acquérir par sa simple présence.
- 4°) Qu'actuellement se pose, de toute évidence, le problème de la situation réelle de la Maternité des Hôpitaux de IIe catégorie 1er groupe, tant face à ses "homologues" - l'Hôpital Public et la clinique privée - que face à la future accouchée qui doit faire le choix parmi ces trois possibilités.

La situation intermédiaire des maternités de IIe catégorie, "entre la chèvre et le chou",⁽⁴⁾ rend très difficile une bonne définition de ce type de Service.

a) Sur le plan de "sa place dans la cité"

C'est par comparaison avec les services rendus dans les Hôpitaux Publics (C.H.U.) et ceux des cliniques privées que l'on peut tenter d'aborder cette définition.

- Les Maternités des Hôpitaux Publics "se spécialisent souvent bien malgré lui (elle) vers la grossesse à haut risque"⁽⁴⁾, et cela du fait même de la qualité des soins qui y sont prodigués.

- La clinique privée dans laquelle des actes habituellement simples sont pratiqués avec un minimum de risque, mais qui, par son organisation, n'est pas toujours à même de faire face à toutes les éventualités.

Ainsi, parce qu'elle peut aborder tous les problèmes (voir chapitres précédents), parce que ses équipements et son personnel médical spécialisé lui permettent d'affronter de nombreux risques, "la maternité de IIe catégorie est une nécessité vitale".⁽⁴⁾

b) Sur le plan du budget.

Les inégalités subsistent souvent justifiées, en ce qui concerne par exemple les maternités des C.H.U., par des services rendus "différents et une infrastructure bien plus développée", puisque le prix de journée dans une maternité d'un Hôpital de IIe catégorie 1er groupe (Hôpital de Neuilly sur Seine) est d'environ 180 F par jour, alors qu'il se situe aux alentours de 260 F par jour dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique et de 100 F environ dans les cliniques privées.

{4} Voir en Bibliographie.

c) Sur le plan du recrutement.

Comme nous avons pu le constater au chapitre IV, 31,6 % des parturientes qui venaient accoucher dans le service étaient adressées par des organismes extérieurs à celui-ci, dont une majorité en provenance des Hôpitaux Publics (Assistance Publique).

Ainsi donc les maternités de 2e catégorie, alors qu'un rôle plus en rapport avec leur véritable valeur, tant sur le plan pédagogique que sur le plan de l'action sociale, devrait leur être reconnu, sont en passe de devenir "le déversoir" de ce que les secteurs privés et universitaires ne peuvent prendre en charge, faute de place et de crédits"⁽⁴⁾.

Puisse donc cette thèse démontrer que, non seulement la maternité de IIe catégorie devrait avoir une place plus claire au sein du corps hospitalier français, mais que sa valeur éducative et pédagogique, due à la situation qui lui est attribuée au sein de la Cité, soit reconnue de façon unanime.

Citons pour conclure cette phrase tirée de l'article de Messieurs les Docteurs TORRE et BOUCCARA et disant à propos des maternités de IIe catégorie 1er groupe que "De grandes possibilités, encore bien mal exploitées, leur sont offertes, tout particulièrement dans le cadre de la réforme hospitalière et de la mutation universitaire"⁽⁴⁾.

(4) Voir en Bibliographie.

B I B L I O G R A P H I E

- (1) Dossiers d'obstétrique de la maternité de l'Hôpital Communal de Neuilly-sur-Seine (Année 1970).
- (2) Résultats des Statistiques des services de maternité des Hôpitaux de IIe catégorie de la région parisienne, pour l'année 1970, fournis par l'Institut de Recherche d'Informatique et d'Automatique (I.R.I.A.).
- (3) Résultats des Statistiques du Service de la maternité de l'Hôpital Communal de Neuilly, durant l'exercice de l'année 1970, fournis par l'I.R.I.A.
- (4) "De la nécessité d'un service de gynécologie obstétrique dans un hôpital de 2e catégorie 1er groupe de la région parisienne" par L. BOUCCARA et M. TORRE, in Revue Française de Gynécologie 1971, 66, 6-7, 453-460.
- (5) Statistique de l'I.N.S.E.E. La situation démographique en 1968 et 1969. Solange HEMERY et Q.C. DINH.

VU LE PRÉSIDENT DE THÈSE
PI MORIN

VU LE DOYEN DE LA FACULTÉ
H. JEROME

Vu le Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

